

Eeva Rahko ja Juho Lehto

# Eutanasia

Eutanasia tarkoittaa potilaan surmaamista lääkkeillä hänen pyynnöstään kärsimyksen lopettamiseksi. Eduskunnalle jätetty kansalaisaloite viritti maamme historian vilkkaimman eutanasiakeskustelun. Kärsimyksen lievitys on lääkärityön ydintehtävä, mutta potilaan elämän lopettamista ei voida sellaisena pitää. Silti muutamissa maissa kollegat toteuttavat eutanasiaa, ja lääkärin rooli on keskeinen eutanasiapäätöksessä. Arvioitaessa eutanasialainsäädännön merkitystä on syytä tarkastella näiden maiden käytäntöjä ja kehitystä.

**K**uolemansairaiden potilaiden hoito on haastanut lääkäreitä läpi historian. Samalla ympäröivä kulttuuri on muovanut käsitystä kuolemasta ja lääkärin roolista kuolevan potilaan hoidossa. Nykylääketieteen pirstaloituminen ja lääkäreiden syväosaamisen kaventuminen voi altistaa potilaan lisääntyvälle kärsimykselle elämän loppuvaiheessa, jos lähestyvää kuolemaa ei tunnisteta eivätkä potilaan yksilölliset tarpeet tule huomioituksi hoitoa suunniteltaessa.

Eutanasiaa on esitetty sietämättömän kärsimyksen lievityskeinoksi. Tätä artikkelia kirjoitettaessa Suomen eutanasiaa koskeva kansalaisaloite on sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen käsitteilyssä. Aihetta pohdittaessa lähestymistapa ei voi olla vain filosofinen tai perustua yksittäisiin kokemuksiin, vaan on syytä arvioida myös eutanasian laillistaneiden maiden tutkimustuloksia ja kehitystä.

## Eutanasia historiallisessa perspektiivissä

Antiikissa kuolemaa voitiin jouduttaa kuraren tavoin vaikuttavan myrkkyykatkon (conium maculatum) avulla. Hippokrates tunnetusti vastusti lääkäreiden osallistumista kuoleman jouduttamiseen ja loi varhaisen eettisen koodiston lääkäreiden professiolle. Lakialoite lääkäriavusteisesta itsemurhasta esitettiin 1906 Ohiossa, ja samana vuonna yhdysvaltalainen lääkäri ilmoitti tietoisesti surmanneensa syö-

pää sairastavan potilaansa yliannoksella morfiinia (1). Saksassa 1939 vammaisen poikavauvan surmaaminen vanhempiensa pyynnöstä vauhditti osaltaan natsihallinnon laatimaa ohjelmaa, jossa lääkärit suorittivat vammaisten ja psykiatristen potilaiden armomurhia. Tragediaa pohjusti eugeniikka, jolla oli kannatusta myös lääkärikunnassa, mutta eutanasioita puolustettiin myös kärsimysten lopettamisella sekä taloudellisista ja yhteiskunnallisista syistä (2,3). Toisen maailmansodan jälkeen etenkin saksankielisessä kirjallisuudessa eutanasiatermiä vältettiin sen historiallisen painolastin johdosta (4). Hollannissa eutanasiaa koskevaa lainsäädäntöä kehitettiin, jotta yksittäisistä potilastapauksista yleistynyt eutanasiamenettely saataisiin valvontaan (5,6).

## Määritelmät ja lait

Eutanasiasta käytävä keskustelu edellyttää yhteisesti määriteltyjä termejä. Keskeisiä käsitteitä on esitetty **TAULUKOSSA 1**. Eutanasia on aina aktiivinen teko. Termi passiivinen eutanasia on ristiriitainen, eikä sen käyttöä suositella. Yleensä tällä on tarkoitettu hoidon rajaamista. Lainsäädännön ajankohtia ja sisältöä eri maissa on esitetty **TAULUKOSSA 2** (7–9). Hollannin ja Belgian lain keskeisiä periaatteita eutanasian suorittamiselle esitetään **TAULUKOSSA 3** (10). Suomessa vuonna 2017 eduskunnalle jätetty kansalaisaloite eutanasiasta noudattelee pääpiirteiltään näitä lakeja.

**TAULUKKO 1.** Eutanasiakeskusteluun liittyviä käsitteitä.

Termi	Määritelmä	Suhde kuolemaan ja kärsimykseen
Eutanasia	Potilaan surmaaminen hänen toistuvasta, vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstään kuolettavalla lääkeaineella.	Tarkoituksena on tuottaa potilaan kuolema kärsimyksen poistamiseksi.
Avustettu itsemurha	Henkilön auttaminen itsemurhan tekemisessä.	Tarkoituksena on tuottaa henkilön kuolema.
Lääkäriavusteinen itsemurha	Itsemurhassa avustaa lääkäri määräämällä ja antamalla kuolettavan lääkkeen, jonka potilas itse ottaa.	Tarkoituksena on tuottaa potilaan kuolema kärsimyksen poistamiseksi.
Hoidon rajaaminen	Hoidosta pidättäytyminen tai hoidon lopettaminen tilanteessa, jossa hoito on hyödytöntä tai siitä arvioidaan olevan enemmän haittaa kuin hyötyä.	Tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä hyväksyen tarvittaessa potilaan kuoleminen sairauteensa.
Palliativinen hoito	Parantumattomasta tai henkeä uhkaavasta sairaudesta kärsivän potilaan ja hänen läheistensä hoitaminen. Tavoitteena on lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä sekä vaalia elämänlaatua.	Tarkoituksena on hoitaa kärsimystä jouduttamatta tai viivyttämättä kuolemaa.
Saattohoito	Palliativinen hoito kuoleman läheisyydessä (viimeiset elinpäivät tai -viikot).	Tarkoituksena on hoitaa kärsimystä jouduttamatta tai viivyttämättä kuolemaa.
Palliativinen sedaatio	Potilaan tajunnan tason alentaminen, jos sietämättömiä oireita ei muulla tavoin saada lievitetynä.	Tarkoituksena on hoitaa kärsimystä jouduttamatta tai viivyttämättä kuolemaa.

**TAULUKKO 2.** Eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan sallivat maat sekä mahdollistamisen ajankohta (7–9).

	Eutanasia täysi-ikäisille	Eutanasia alaikäisille	Lääkäriavusteinen itsemurha	Edellytyksenä terminaalinen sairaus
Sveitsi	Ei	Ei	1942 <sup>1</sup>	Ei
Hollanti	2002	2002 <sup>2</sup>	2002	Ei
Belgia	2002	2014	2002 <sup>3</sup>	Ei (aikuisilla)
Luxemburg	2009	Ei	2009	Kyllä
Yhdysvallat Oregon Washington Montana Vermont Kalifornia Colorado	Ei	Ei	1997 2009 2009 2013 2015 2016	Kyllä
Kolumbia <sup>4</sup>	2015	Ei	2015	Kyllä
Kanada	2016	Ei	2016	Kyllä

<sup>1</sup>Myös muu henkilö kuin lääkäri voi avustaa itsemurhassa.

<sup>2</sup>Sallittu yli 12-vuotiaille (alle 16-vuotiailta vanhempien suostumus).

<sup>3</sup>Katsotaan sisältyvän eutanasiakäytäntöön, vaikka ei ole erikseen laissa määritelty.

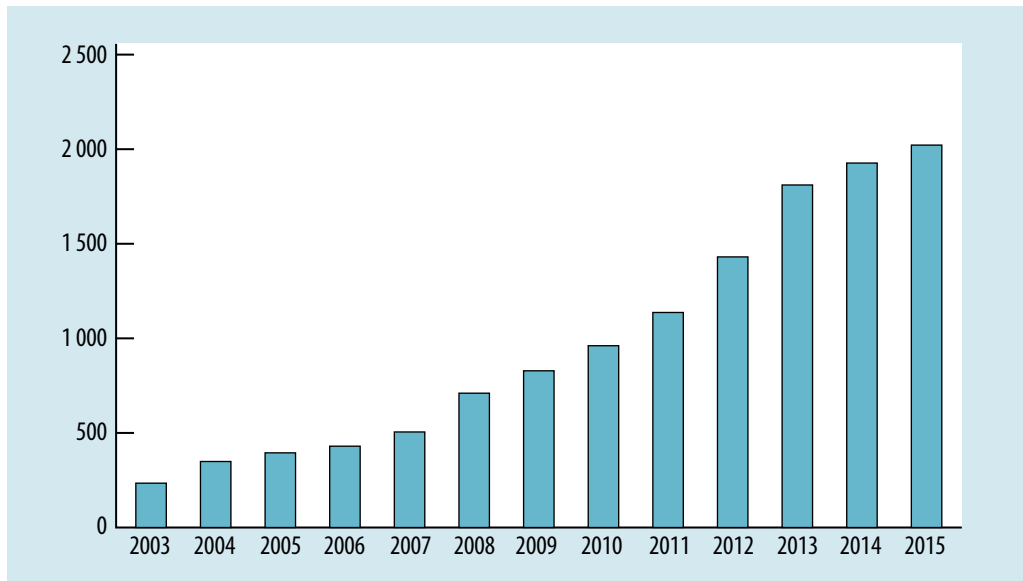
<sup>4</sup>Dekriminalisoitu jo 1997, mutta käytännössä toteutettu vasta 2015. Vain yksittäisiä tapauksia raportoitu.

## Eutanasian yleisyys

Nykyisin Belgiassa ja Hollannissa noin 2–4 %:n kaikista kuolemista raportoidaan toteutuvan eutanasian kautta (11–13). Kanadan ensimmäisten raporttien mukaan noin 1 % kuolemista toteutuu EAS:n (eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha) kautta (14). Oregonin ja Washingtonin osavaltioissa lääkäriavuste-

nen itsemurha on taustalla noin 0,3–0,4 %:ssa ja Sveitsissä avustettu itsemurha noin 1 %:ssa kuolemista (11,15). Sveitsissä vuosina 2008–2012 suoritettiin 611 avustettua itsemurhaa muista maista saapuneille henkilöille (7).

Belgiassa eutanasiat lisääntyivät yli seitsemänkertaisesti ensimmäisen vuosikymmenen aikana eutanasiaalainsäädännön tultua voimaan. Raportoituja tapauksia oli 1 807 vuon-



**KUVA.** Seurantakomitealle raportoitujen eutanasiatapausten lukumäärä Belgiassa 2003–2015. (Muokattu lähteistä 13 ja 16).

na 2013 (**KUVA**) (13,16). Hollannissa vuosina 2002–2016 raportoitiin 49 287 EAS-kuolemaa, joista 6091 vuonna 2016 (12). Vuonna 2012 eutanasia oli Hollannissa yli kaksikymmentä kertaa yleisempää kuin lääkäriavusteinen itsemurha, jonka potilaat valitsevat vain harvoin (12,13,17).

### Tavanomainen eutanasiapotilas

Eutanasian syynä olleet sairaudet ja potilaiden ikäjakauma Hollannissa vuonna 2016 on esitetty **TAULUKOSSA 4** (12). Syöpä on tavallisin eutanasian taustalla oleva sairaus (noin 60–70 % tapauksista), mutta muiden diagnoosien osuus on lisääntymässä (12,14). Belgian eutanasioista muiden kuin syöpäpotilaiden osuus oli 16 % vuonna 2003 ja 31 % vuonna 2013 (16).

Tavallisimmin eutanasia suoritetaan potilaalle, jonka elinajan odote arvioidaan lyhyeksi. Kuitenkin niiden potilaiden osuus, joiden sairaus ei olisi ollut henkeä uhkaava lähtitulevaisuudessa, on lisääntynyt. Belgiassa näiden tapausten osuus oli 8 % vuonna 2003 ja 16 % vuonna 2013 (16).

Eutanasian taustalla on yleensä sekä fyysinen että psyykkinen kärsimys (16). Kipu tai sen

pelko on taustalla enintään puolessa tapauksista. Yleisimmät syyt EAS:n toiveelle ovat autonomian ja arvokkuuden menettäminen (11). Hollannissa psyykkinen kärsimys oli yhtenä eutanasiapyyntöjen perusteena 2 437 henkilöllä (39 %) vuosina 2014–2015 (9).

Belgiassa tavallisin eutanasiapotilas on hyvin kouluttautunut (16) ja iältään 70–80-vuotias, mutta yli 80-vuotiaiden osuus nousi Belgiassa 17 %:sta 35 %:iin vuosina 2003–2013 (12,14,16). Washingtonissa ja Oregonissa lääkäriavusteista itsemurhaa hakee tavallisimmin koulutettu mies, joka kokee autonomian ja arvokkuuden sekä toimintakyvyn heikentymistä (18).

### Mielenterveyspotilaat ja dementia

Psykiatriset ja dementoivat sairaudet ovat eutanasian aiheena suhteellisen harvinaisia, mutta ne ovat lisääntyneet ja herättävät paljon keskustelua myös eutanasian sallineissa maissa.

Belgiassa vuosina 2002–2013 eutanasian syyksi raportoitiin psykiatrinen sairaus 95 potilaalla ja dementia 62 potilaalla (19). Näiden osuus kaikista eutanasioista vuosina 2002–

2007 oli 0,5 %, mutta osuus kasvoi 3 %:iin vuonna 2013. Hollannissa julkaistiin vuosilta 2011–2014 66 potilastapausta, joissa EAS oli myönnetty psykiatrisista syistä (**TAULUKKO 5**) (20). Useimmilla oli kroonistunut oireisto ja taustalla itsemurhayritys (20). Eutanasian itsemurhia vähentävästä vaikutuksesta ei ole näyttöä; 2002–2014 muut kuin lääkäriavusteiset itsemurhat ovat Hollannissa lisääntyneet kaikilla maantieteellisillä alueilla noin 1–2 % (6).

Hollannissa vuonna 2009 dementia oli eutanasian perusteena 12 potilaalla, mutta määrä suureni 141 potilaaseen vuonna 2016. Todennäköisesti dementia on osatekijänä useammassa eutanasiassa (**TAULUKKO 4**) (10,12). Kehityksen on esitetty kuvaavan ajattelua, jossa eutanasian kriteeriksi riittää pelko tulevasta kärsimyksestä ja toimintakyvyn menetyksestä (21).

Kanadassa psyykinen sairaus ei ole eutanasian este, ja käynnissä oleva kyselytutkimus kartoittaa sidosryhmien halukkuutta laajentaa EAS dementoiviin sairauksiin (22).

## lökkään ihmisen väsymys elämään

Hollannissa on lakialoitteella pyritty laajentamaan lääkäriavusteisen itsemurhan mahdollisuutta iäkkäisiin henkilöihin, joilla ei ole vakavaa sairautta mutta kokevat väsymystä elämään (23,24). Hollannin lääkäriliitto ei kannata vuoden 2017 julkilausumassaan tällaista lakiuudistusta (25). Dierickx ja työtoverit tutkivat Belgian Flanderissa eutanasiapyyntöjen ja myönnettyjen lupien muutostrendejä lääkäreille osoitetussa kyselytutkimuksessa (16). Vuonna 2007 eutanasian anomisperusteeksi ei voinut esittää ”tired of life” -syytä, mutta vuonna 2013 se oli yhtenä eutanasian myöntämisen perusteena jopa 25 %:ssa tapauksista (26).

## Alaikäiset

Hollannissa eutanasia on sallittu 12 vuotta täyttäneille ja Belgiassa ilman ikärajaa. Vain yksittäisiä lasten eutanasioita on raportoitu. Toisaalta Hollannissa on käytetty niin sanottua Groningen protokollaa, jossa vaikeasti sairaan tai vammautuneen vastasyntyneen elämä voidaan päättää sietämättömän kärsimyksen

**TAULUKKO 3.** Eutanasian laillisuuskriteerit Belgiassa (BE) ja Hollannissa (NL).

### Keskeisimmät vaatimukset

Potilaan eutanasiapyynnön tulee olla vapaaehtoinen, vakaasti harkittu (BE/NL), toistuvasti esitetty, eikä se saa olla tulosta ulkopuolisesta painostuksesta.

Potilaan tila on lääketieteellisesti toivoton, ja se aiheuttaa kestäväntöntä ja jatkuvaa fyysistä tai psyykkistä kärsimystä, jota ei voida lievittää (BE/NL). Aiheuttajana vakava parantumaton sairaus tai onnettomuus (BE).

Potilaan kärsimys on jatkuvaa ja sietämätöntä (NL).

Lääkärin täytyy informoida potilasta sairautentilasta ja ennusteesta (prospects) (BE/NL).

Lääkäri ja potilas tekevät päätelmän, että parantumista ei ole odotettavissa (no reasonable prospect of improvement) (BE/NL).

Lääkärin täytyy päättää potilaan elämä lääkkeellä teknisesti sopivalla tavalla (NL).

### Prosessia koskevat kriteerit

Hoitavan lääkärin täytyy konsultoida toista lääkäriä ennen prosessin edistämistä (BE/NL).

Lääkärin täytyy ilmoittaa eutanasia seurantaelimelle (BE/NL).

Muokattu lähteestä (10).

ja tilan parantumattomuuden perusteella vanhempien suostumuksella. Verhagen ja Sauer raportoivat 22 selkärankahalkiota sairastanutta vastasyntyntä seitsemän vuoden aikana, joille eutanasia toteutettiin tätä protokollaa käyttäen (27). Arvioinnissa kriteereinä käytettiin huonoa elämänlaatua, täydellistä riippuvuutta ulkopuolisesta hoidosta, epätodennäköisenä pidettyä myöhempää kykyä kommunikoida, sairaalariippuvuutta ja ”pitkää elinajanodotetta” suhteessa kärsimykseen.

Harvinaisuudestaan huolimatta lasten eutanasiat herättävät erityistä keskustelua toiminnan oikeutuksesta. Onko lapsi kompetentti päättämään elämästään? Kuinka autonomiasta voidaan vakuuttua tilanteessa, jossa vanhempien toiveet ja odotukset vaikuttavat lapseen? Empiiristä tutkimusta lasten eutanasiasta ei käytännössä ole, ja keskustelua käydään pääosin samoin eettisin argumentein kuin aikuisen kohdalla (27,28).

**TAULUKKO 4.** Eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan perusteena olleet sairaudet ja potilaiden ikäjakauma Hollannissa vuonna 2016.

Sairaus	Määrä (%)
Syöpä	4 137 (68)
Neurologinen sairaus	411 (7)
Sydän ja verenkiertoelimistön sairaus	315 (5)
Keuhkosairaus	214 (4)
Geriatrinen sairaus "multiple geriatric syndromes"	244 (4)
Dementia	141 (2)
Psykiatrinen sairaus	60 (1)
Usea samanaikainen yllä mainittu sairaus	465 (8)
Muut sairaudet	104 (2)
Yhteensä	6 091 (100)
Ikä (v)	Määrä (%)
≤ 30 <sup>1</sup>	16 (0,3)
30–60	827 (14)
60–70	1 408 (23)
70–80	1 831 (30)
80–90	1 487 (25)
≥ 90	522 (9)

<sup>1</sup>Yksi alle 18-vuotias. (Muokattu lähteestä 12).

**TAULUKKO 5.** Psykiatriset syyt 66 eutanasiassa tai lääkäriavusteisessa itsemurhassa Hollannissa 2011–2014.

Psykiatrinen tila	Lukumäärä (%) <sup>1</sup>
Depressio, mukaan lukien psykoottiset piirteet	41 (35)
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, fobiat, pakko-oireinen häiriö, paniikkihäiriö	15 (13)
Posttraumaattinen stressi	13 (11)
Psykoottiset häiriöt (skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, määrättämätön psykoosi <sup>2</sup> )	9 (8)
Somatoforminen häiriö, kipuoireyhtymä, hypokondria	8 (7)
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	7 (6)
Riippuvuusongelma	6 (5)
Syömishäiriö	4 (3)
Kehitysvamma, aivoverenkiertohäiriön jälkitila, aivokasvaimen jälkitila	4 (3)
Muut syyt (esimerkiksi autismi, pitkittynyt suru, kleptomania)	10 (9)

<sup>1</sup>Lukujen summa ei ole 66 koska samalla potilaalla on voinut olla useampi sairauslaji.

<sup>2</sup>Poislukien psykoottinen depressio, joka sisällytetty depressio-osuuteen. (Muokattu lähteestä 20).

## Tehohoitopotilaat

Belgian tehohoitolääkäreiden yhdistyksen kannanotto vuonna 2014 herätti huomiota suositamalla sedatiivien käyttöä nimenomaisena tarkoituksena lyhentää elämän loppuvaiheen hoitoprosessia ("shortening the process of terminal palliative care") potilailla, joilla ei nähdä toipumismahdollisuuksia. Kannanotto tähdentää, ettei suosituksessa tarkoiteta oirehoitoa tai oirehoitoon annetun lääkityksen mahdollista elämää lyhentävää vaikutusta. Sedatiivien käyttö nähdään paitsi hyväksyttävänä, usein myös toivottavana asiana, jonka tarkoituksena on parantaa kuolinprosessin elämänlaatua (29). Kriittikin mukaan kyseinen potilasryhmä ei täytä eutanasian laillisuusperiaatetta potilaan oman pyynnön osalta kuoleman jouduttamisesta, ja kannanotto ohjaa kollegoita toimintaan, jonka laillisuutta ei voida taata (30). Aiempi eurooppalainen ETHICUS-monikeskustutkimus on osoittanut, että eri maissa teho-osastoilla elämän lopun hoitokäytännöissä esiintyy vaihtelua potilailla, joilla ei ole toipumisedellytyksiä (31).

## Eutanasian toteutus

Eutanasiapyynnön asianmukaisuus arvioidaan suhteessa kyseisen maan lainsäädäntöön (**TAULUKKO 3**) (10). Belgiassa noin kaksi kolmesta eutanasiapyynnöstä hyväksytään (26). Lääkäreille osoitetussa kyselytutkimuksessa tavallisimmat syyt luvan epäämiseen vuonna 2013 olivat potilaan kuolema ennen päätöstä (59 %) ja laillisuuskriteerien puutteellisuus (20 %). Tutkimuksen mukaan 18 % potilaista peruutti itse eutanasiapyyntönsä. Eutanasiaa rajoittavat hoitojärjestelmään liittyvät syyt, lääkärin henkilökohtaiset syyt tai pelko oikeudellisista seuraamuksista vähentyivät kuudessa vuodessa merkittävästi (23 %:sta 3 %:iin) (26). Hollannissa noin puolet eutanasiapyynnöistä hyväksytään (17).

Hollannissa ja Belgiassa eutanasian toteuttaa aina lääkäri. Kanadassa tämän voi tehdä myös erityiskoulutettu sairaanhoitaja (nurse practitioner), mutta Kanadassakin toteuttaja on ollut lääkäri 96 %:ssa tapauksista (14). Hollannissa eutanasian tekee noin 85 %:ssa tapauksista po-

tilaan perhelääkäri (yleislääkäri), ja noin 81 % eutanasioista toteutetaan potilaan kotona (12). Belgiassa eutanasia suoritetaan lähes yhtä usein kotona kuin sairaalassa (44 %) (7), mutta hoivakodeissa suoritettujen eutanasioiden osuus nousi 12 %:iin vuonna 2013 (16). Hollannissa vuoteen 2015 mennessä enintään 34 % yleislääkäreistä oli osallistunut eutanasiaprosessiin, ja aikaa eutanasiapyyntöä sen toteutukseen kului keskimäärin 37 vuorokautta vuonna 2016 (12,13).

Eutanasiassa lääkäri nukuttaa potilaan yleisimmin suonensisäisellä barbituraatilla, jonka jälkeen annettava lihasrelaksantti pysäyttää hengityksen (16). Hollantilaisessa tutkimuksessa ajalta ennen virallista dekriminalisaatiota eutanasiaan raportoitiin liittyneen komplikaatioita 3 %:ssa tapauksista (esimerkiksi lihaskouristukset, oksentelu) ja muita ongelmia noin 6 %:ssa tapauksia (esimerkiksi vaikeudet suoniyttydessä) (32).

Potilaat, joilta omalääkäri on evännyt eutanasian, voivat Hollannissa hakeutua liikkuviin end-of-life-eutanasiaklinikoihin. Niissä työskentelee vapaaehtoisia lääkäreitä, ja toimintaa rahoittaa Right to die -järjestö. Klinikat suorittivat alle 5 % kaikista eutanasioista toiminnan alkuvaiheessa, mutta osuus suureni lähes 8 %:iin vuonna 2016 (12,33).

## Eutanasioiden raportointi

Toteutetut eutanasiat raportoidaan seurantakomitealle jälkikäteen, ja se keskittyy eutanasiaprosessin arviointiin eikä niinkään ota kantaa siihen, olisiko potilaan eutanasialle ollut vaihtoehtoja (34). Protokollasta poikkeavat tapaukset ovat harvinaisia, ja Hollannin ja Belgian eutanasioiden raportointi- ja seurantajärjestelmää on käytetty kansainvälisessä keskustelussa esimerkkinä siitä, että toimintaa ja sen laillisuutta voidaan valvoa. Toisaalta etenkin raportoitamien tapausten määrä on herättänyt huomiota (35). Belgian Flanderissa vuonna 2007 kuolintodistuksiin perustuvassa tutkimuksessa arvioitiin, että vain 53 % eutanasioista raportoitiin kansalliselle seurantakomitealle. Tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että eutanasiaksi määriteltiin myös tapaukset, joissa hoitoa ra-

## Ydinasiat

- » Kärsimyksen lievitys on lääkärin perusteltävä, mutta eutanasiaa ei voi sellaisenaan pitää.
- » Eutanasioiden määrä lisääntyy sen sallineissa maissa.
- » Eutanasian käyttö on laajentunut lyhyen elinajan ennusteen potilaita laajemmalle.
- » Eutanasiassa ei ole kyse itsemääräämisoikeudesta, sillä sen kriteereiden täyttymisen arvioi ja elämän lopettamisen suorittaa toinen ihminen.
- » Ensisijaista on turvata laadukas ja tarvelähtöinen palliatiivinen hoito kaikille kansalaisille.

jaavilla toimilla oletettiin olevan elinaikaa lyhentävä vaikutus (36). Raportoimattomia tapauksia selvittävässä kyselytutkimuksessa 77 % lääkäreistä koki, että he eivät olleet suorittaneet varsinaista eutanasiaa ja 18 % koki raportoinnista aiheutuvan liikaa hallinnollista työtä. Lääkäreistä 12 % arveli, ettei tapaus olisi täyttänyt laillisuus-kriteereitä ja 9 % vastasi, että eutanasia on lääkärin ja potilaan välinen yksityisasia. Raportoimattomissa tapauksissa oletettu elinajan lyheneminen oli useammin alle viikko, potilas yli 80-vuotias ja käytetty lääke useimmiten opioidi. Barbituraateilla suoritetuista eutanasioista oli raportoitu 96 %.

Hollannissa vuonna 2010 tehdyn kyselytutkimuksen perusteella lääkärit raportoivat seurantakomitealle 77 % tapauksista, joissa he ilmoittivat lääkityksen nimenomaisena tarkoituksena olleen potilaan elämän lyhentäminen. Tutkijaryhmä kuvasi eutanasiakäytäntöjä ”suhteellisen läpinäkyväksi” (17).

## Eutanasia ja palliatiivinen hoito

WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito ei pyri jouduttamaan eikä estämään kuolemaa. Maailman lääkäriliitto vastustaa eutanasiaa. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (European Association for Palliative Care, EAPC)

toteaa julkilausumassaan, ettei eutanasia kuulu palliatiiviseen hoitoon, mutta täyttä konsensus-ta ei julkilausumassa saavutettu (8). EAPC:n mukaan potilaan kuolintoiveen tulee viimeistään johtaa kärsimystä kokevan potilaan toiveen taustan selvittämiseen ja yksilöllisten tarpeiden mukaiseen hoitoon. Kansainvälinen palliatiivisen hoidon yhdistys (International Association for Hospice and Palliative Care, IAHPC) on kannanotossaan pitkälti yhteneväinen EAPC:n kanssa ja korostaa palliatiivisen hoidon saata-vuuden turvaamista kaikkialla maailmassa (37).

## Eutanasia ja lääkäreiden professio

Belgiassa eutanasioiden lisääntymisen arvel-laan heijastelevan yhteiskunnallista ja kulttuu-rista muutosta, joka painottaa autonomiaa ja it-semääräämisoikeutta. Eutanasiaa ei kuitenkaan voida nähdä pelkkänä itsemääräämisoikeutena, sillä päätökseen ja suoritukseen osallistuu toi-nen henkilö – lääkäri. Euroopan ihmisoikeus-tuomioistuimen mukaan kuolema ei ole yksi-lön perusoikeus siten, että se velvoittaisi toista ihmistä aktiiviseksi toimijaksi (38).

Kansalaiset ovat lääkäreitä eutanasiamyön-teisempiä niin Hollannissa kuin Suomessa. Silti hollantilaisista lääkäreistä vain joka seitsemäs vastustaa eutanasiaa tai lääkäriavusteista itse-murhaa (39). Kuitenkin myös eutanasiapäätök-siin osallistuvat konsultaatiolääkärit ovat esi-täneet kriittisiä kannanottoja käyttöaiheiden laajenemisesta. He kokevat olevansa enemmän potilaiden ja perheiden toiveiden toteuttajia kuin hoitavia lääkäreitä, ja ei-lääketieteellisistä syistä esitetyt eutanasiapyynnöt ja eutanasia-lainsäädännön reunaehtojen laventaminen koe-taan ongelmaksi (40,41).

Hollannissa satunnaisesti valitulta 2 100 lääkäriltä kartoitettiin eutanasiapyyntöjen ar-viointiin mahdollisesti liittyneitä ongelmia. Kärsimyksen kestäättömyyden määrittelyn oli kokenut vaikeaksi 24 %, potilaan tilanteen toivottomuuden arvioinnin 79 %, ja 58 % lää-käreistä koki epävarmuutta arvioitaessa euta-nasiapyynnön vapaaehtoisuutta tai potilaan harkinnan perusteellisuutta (42). Hollannissa täyttä työaikaa tekevä kotilääkäri suorittaa eu-tanasian keskimäärin lähes kolme kertaa vuo-

dessä (43). Eutanasiaan osallistuminen on ai-heuttanut lääkäreille sekä henkistä kuormitusta että toisaalta tyytyväisyyttä potilaan hoitoon sitoutumisesta (44).

Lääkärin päätösvastuu eutanasiasta on vaati-va ja poikkeuksellinen. Vain noin puolet euta-nasiaa kannattavista suomalaisista lääkäreistä suostuisi itse suorittamaan eutanasian (45). Lääkärin on mahdollista kieltäytyä tekemäs-tä eutanasiaa sen sallimissa maissa. Toisaalta, jos eutanasia katsottaisiin Suomessa lääkärin ammattiin kuuluvaksi, oikeus kieltäytyä siitä omaan vakaumukseen tai omaantuntoon vedo-ten muodostaisi poikkeuksen suhteessa kaik-kiin muihin lääkärin tehtäviin, myös raskauden keskeytykseen.

## Kalteva pinta

Kaltevan pinnan (slippery slope) käsitteellä tarkoitetaan eutanasian käytön laajenemista ti-lanteisiin, joissa sitä ei alun perin ollut tarkoitus käyttää. Eutanasian laillistamisen keskeisin pe-ruste on ollut elämän loppuvaihetta elävän poti-laan sietämätön fyysinen kärsimys. Viidentoista vuoden aikana raportoidut tulokset Belgiasta ja Hollannista osoittavat, ettei eutanasia rajoitu vain tähän. Esimerkkeinä kaltevasta pinnasta on pidetty muistisairaiden, alaikäisten ja psyykki-sesti sairaiden eutanasioita sekä eutanasian käyt-töä potilailla, joiden elinaika ei välttämättä olisi ollut lyhyt. Tapaukset edustavat suhteellisen pientä osaa kaikista eutanasioista, mutta näiden ilmiöiden olemassaolo on kiistatonta, ja kaltevan pinnan teoria näyttää ainakin jossain määrin to-teutuvan. Voidaan myös pohtia, onko eutanasia-laki itsessään muokannut myönteisemmäksi yleistä suhtautumista kuoleman jouduttamiseen niissä maissa, joissa eutanasia on laillistettu.

## Lopuksi

ETENE:n tuoreen kannanoton mukaan euta-nasian tarve voidaan arvioida vasta, kun laadu-kas palliatiivinen hoito on Suomessa tasapuo-lisesti saatavilla (46). Eutanasian kannattajat puolestaan katsovat, ettei paraskaan saattohoito lievitä kaikkien kuolevien kärsimystä ja siksi eutanasia tulisi sallia. Palliatiivisen hoidon ke-



hittämistarpeesta keskustelun osapuolet ovat samaa mieltä. Eutanasiainsäädäntö vaikuttaisi joka tapauksessa yhden ihmisen eutanasiapäätöstä laajemmin. Lääkärit joutuvat pohtimaan eutanasiakysymystä monipuolisesti. Julkaistun

tiedon valossa suhtaudumme eutanasian laillistamiseen kriittisesti. ■

\* \* \*

Eduskunta hylkäsi kansalaisaloitteen eutanasian sallimisesta 4.5.2018. – *Toimitus*

**EEVA RAHKO, LT, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys**  
Syöpätautien ja hematologian vastuualue, OYS

**JUHO LEHTO, LT, vs. ylilääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys**  
Syöpätautien vastuualue/Palliatiivinen yksikkö, Tays ja Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta, TaY

## SIDONNAISUUDET

**Eeva Rahko:** Luento-/asiantuntijapalkkio (Pfizer, Amgen, Roche, Kyowa Kirin, Ratiopharm, Oy Eli Lilly Ab), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Grex Medical, Kyowa Kirin, Roche)

**Juho Lehto:** Luento-/asiantuntijapalkkio (Kyowa Kirin, Orion, Roche, Lilly, Mundipharma, Amgen, Boehringer-Ingelheim), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Bristol-Myers Squibb, Kyowa Kirin, Mundipharma)

## KIRJALLISUUTTA

- Appel J. A duty to kill? A duty to die? Rethinking the euthanasia controversy of 1906. *Bull Hist Med* 2004;78:610–34.
- Zoech I. Named: the baby boy who was Nazis' first euthanasia victim. *The Telegraph* 12.10.2003.
- Hanauske-Abel H. Not a slippery slope or sudden subversion: German medicine and national socialism in 1933. *BMJ* 1996;313: 1453–63.
- Bettin H, Nowak A, Roccia M, ym. Discussing euthanasia in two German states: scientific terminology and public discourse in the German Democratic Republic and the Federal Republic of Germany. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2017. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0591-1>.
- Van Der Wal G, Van Eijk J, Leenen H, ym. Euthanasia and assisted suicide. I. How often is it practised by family doctors in the Netherlands? *Fam Pract* 1992;9:130–4.
- Koopman J, Putter H. Regional variation in the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *Neth J Med* 2016;74:387–94.
- Dyer O, White C, Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ* 2015. DOI: 10.1136/bmj.h4481.
- Radbruch L, Leget C, Bahr P, ym. Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2016;30:104–16.
- Verhofstadt M, Thienpont L, Peters G. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2017;211: 238–45.
- Smets T, Bilsen J, Cohen J, ym. The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy* 2009;90:181–7.
- Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, ym. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016;316:79–90.
- RTE Annual report 2016. Regional Euthanasia Review Committees 2016. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>.
- Murphy S. Euthanasia reported in Netherlands: statistics compiled from the Regional Euthanasia Review Committees' annual reports. Protection of Conscience Project, August 2017.
- 2nd interim report on medical assistance in dying in Canada. Ottawa: Health Canada 2017 [päivitetty 10.6.2017]. [www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017.html](http://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017.html).
- Bosshard G, Zellweger U, Bopp M, ym. Medical end-of-life practices in Switzerland: a comparison of 2001 and 2013. *JAMA Intern Med* 2016;176:555–6.
- Dierckx S, Deliens L, Cohen J, ym. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. *CMAJ* 2016. DOI: 10.1503/cmaj.160202
- Onwuteaka-Philipsen B, Brinkman-Stoppeburg A, Penning C, ym. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 380:908–15.
- Loggers E, Starks H, Shannon-Dudley M, ym. Implementing a Death with Dignity Program at a comprehensive cancer center. *N Engl J Med* 2013;368:1417–24.
- Dierckx S, Deliens L, Cohen J, ym. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry* 2017. DOI: 10.1186/s12888-017-1369-0.
- Kim S, De Vries R, Peteet J. Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands. *JAMA Psychiatry* 2016;73:362–8.
- Beaufort I, van de Vathorst S. Dementia and assisted suicide and euthanasia. *J Neurol* 2016;263:1463–7.
- Bravo G, Rodrigue C, Thériault V, ym. Should medical assistance in dying be extended to incompetent patients with dementia? Research protocol of a survey among four groups of stakeholders from Quebec, Canada. *JMIR Res Protoc* 2017. DOI: 10.2196/resprot.8118.
- Hall W, Parker M. The need to exercise caution in accepting addiction as a reason for performing euthanasia. *Addiction* 2017. DOI: 10.1111/add.14025.
- Florijn BW. Extending euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death. *Health Policy* 2018;122:315–9.
- Euthanasia in the Netherlands. The Royal Dutch Medical Association (KNMG) 2017. [www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm](http://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm).
- Dierckx S, Deliens L, Cohen J, ym. Comparison of the expression and granting of requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Intern Med* 2015;175:1703–6.
- Verhagen E, Sauer P. The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med* 2005;352:959–62.
- Cuman G, Gastmans C. Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *Eur J Pediatr* 2017; 176:837–47.
- Vincent JL, Schets M, De Waele J, ym. "Piece" of mind: end of life in the intensive care unit statement of the Belgian Society of Intensive Care Medicine. *J Crit Care* 2014; 29:174–5.
- Kompanje E, Epker J, Bakker J. Hastening death due to administration of sedatives and opioids after withdrawal of life-sustaining measures: even in the absence of discomfort? *J Crit Care* 2014;29:455–6.
- Sprung C, Cohen S, Sjøkvist P, ym. End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA* 2003;290: 790–7.
- Groenewoud J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, ym. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *N Engl J Med* 2000;342:551–6.
- Snijderswind M, Willems D, Deliens L, ym. A study of the first year of the end-of-life clinic for physician-assisted dying in the Netherlands. *JAMA Intern Med* 2015;175: 1633–40.



34. Miller D, Kim S. Euthanasia and physician-assisted suicide not meeting due care criteria in the Netherlands: a qualitative review of review committee judgements. *BMJ Open* 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017628.
35. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol* 2011;18:e38–45.
36. Smets T, Bilsen J, Cohen J, ym. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ* 2010. DOI: 10.1136/bmj.c5174.
37. Lima L, Woodruff R, Pettus K, ym. International association for hospice and palliative care position statement: euthanasia and physician-assisted suicide. *J Palliat Med* 2017;20:8–14.
38. Reports of judgments and decisions. European court of human rights 2002-iii. Köln: Carl Heymanns Verlag KG 2002. [www.echr.coe.int/Documents/Reports\\_Recueil\\_2002-III.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Reports_Recueil_2002-III.pdf).
39. Kouwenhoven P, Raijmakers N, van Delden J, ym. Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: a mixed methods approach. *Palliat Med* 2013;27:273–80.
40. Snijdewind M, van Tol D, Onwuteaka-Philipsen B, ym. Developments in the practice of physician-assisted dying: perceptions of physicians who had experience with complex cases. *J Medical Ethics* 2016. DOI: 10.1136/medethics-2016-103405.
41. Yang Y, Curlin F. Why physicians should oppose assisted suicide. *JAMA* 2016;315: 247–8.
42. Buiting H, Gevers J, Rietjens J, ym. Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective. *J Med Ethics* 2008;34. DOI: 10.1136/jme.2008.024976.
43. Ruijs C, Kerkhof A, van der Wal G, ym. The broad spectrum of unbearable suffering in end-of-life cancer studied in Dutch primary care. *BMC Palliat Care* 2012. DOI: 10.1186/1472-684X-11-12.
44. Haverkate I, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, ym. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient. *Med J Aust* 2001;175:519–22.
45. Louhiala P, Enkovaara H, Halila H, ym. Finnish physicians' attitudes towards active euthanasia have become more positive over the last 10 years. *J Med Ethics* 2015; 41:353–5.
46. ETENen lausunnot ja kannanotot. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017. <http://etene.fi/lausunnot-ja-kannanotot>.

## SUMMARY

### Euthanasia

Relieving patients' suffering is the foremost duty of doctors. Whether euthanasia is needed to alleviate difficult suffering or not, has been extensively discussed in Finland. As euthanasia should not be considered only as a philosophical question, this article summarizes studies and reports published in jurisdictions where euthanasia and/or assisted suicide have been legalized and aims to provide data for further discussion among doctors. Rising euthanasia rates and signs of extending euthanasia practices from severely ill patients to other conditions – such as patients with psychiatric diagnoses or elderly people with multiple geriatric diseases without evident limited life expectancy – reveal some complexity of the theme. The authors have a critical view on euthanasia legislation, but promote doctors' education in palliative care and patients' equal access to specialized palliative care services in Finland.